

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

утриманням сечі, 1(4,8%) – із покращенням (втрачала сечі значно менше, ніж до операції). У віддаленому післяопераційному періоді рецидиву нетримання сечі та ерозії стінки піхви не спостерігали, гіперактивність детрузор adenovo виникала у 1 (4,8%) хворої.

Висновки. Перші результати застосування трансобтураторного слінга вітчизняним набором «УКРТЕХМЕДСЛІНГ» у жінок із стресовим нетриманням сечі задовільні, що дозволяє рекомендувати дану методику для ширшого використання в практиці оперуючих урологів та гінекологів.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ФІТОТЕРАПІЇ ПРИ БЕЗСИМПТОМНІЙ БАКТЕРІУРІЇ ВАГІТНИХ

Попович Ю.А., студ. 4 курсу.

Науковий керівник: к.мед.н., асист. Болотна М.А.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

Безсимптомна бактеріурія (ББ) – безсимптомна наявність більше ніж 100 тисяч КУО в 1 мл сечі. На відміну від симптоматичної бактеріурії, наявність ББ повинно бути підтверджено двома послідовними культуральними дослідженнями сечі. У вагітної бактеріурія вважається значущою при отриманні росту бактеріальних культур у сечі $\geq 10^5$ КУО/мл., в двох послідовних зразках або в одній порції сечі, отриманої за допомогою катетера.

Метою нашого дослідження була оцінка безпечності та ефективності використання фітоуросептиків порівняно з антибіотикотерапією.

Матеріали і методи: було проведено ретроспективний аналіз історій пологів 120 вагітних, які перебували на лікуванні у КЗ СОР ОКПЦ з приводу ББ, з яких 45 пацієнток мали резистентність до рекомендованих для лікування ББ антибіотиків (вони були об'єднані до основної групи (ОГ) та отримували для лікування фітопрепарат протягом 14 днів). Інші пацієнтки отримували стандартну терапію із застосуванням антибіотиків у рекомендованих дозах. В залежності від отримуваного антибіотика, вони були розподілені на 3 контрольні групи (КГ). Пацієнтки КГ-1 (n=25) – отримували антибіотики широкого спектру дії; КГ-2 (n=25) – пеніциліни; КГ-3 (n=25) – цефалоспорины II покоління.

Результати: у жодної з пацієнток ОГ не було зареєстровано небажаних явищ, пов'язаних з прийомом препарату. При цьому в КГ відмічені алергічні реакції, а також випадки диспепсії. Не дивлячись на застосування пробіотиків, у вагітних КГ частіше реєструвалися випадки вагінального кандидозу, ніж у пацієнток, які отримували фітопрепарат. Мікробіологічне дослідження сечі, яке проводилося на 7-й день після закінчення лікування, продемонструвало ерадикацію збудника у більшості пацієнток усіх досліджуваних груп.

Висновки: лікування ББ вагітних фітопрепаратом добре переноситься і, на відміну від різних варіантів антибіотикотерапії, не супроводжується побічними реакціями. Монотерапія фітоуроантисептиком сприяє ерадикації збудника у більшості пацієнток, що співставляється по ефективності з антибактеріальною терапією та може розглядатися як можлива альтернатива у випадках антибіотикорезистентності.

ВНУТРІШНЬОУТРОБНЕ ІНФІКУВАННЯ ПРИ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ

Рябоконт О.А., Сухонос О.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Бойко В.І.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Мета - виявити фактори ризику вертикальної передачі вірусу папіломи людини під час вагітності та пологів.

Матеріали та методи. Обстежено 125 вагітних методом ПЛР RealTime на ВПЛ, для ВПЛ 6го і 11го типів-наборами «АмпліСенс ВПЛ 6/11FL».

Методи: клініко-візуальний; клініко-анамнестичних; цитологічний; бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту; методом ІФА досліджувався зміст секреторного імуноглобуліну А (IgA) в цервікальних змивах.

Обстежені вагітні (три групи): в 1-ї групи включалися вагітні з ідентифікованим ВПЛ ВКР: 1А-підгрупа (50) з латентною формою інфекції і 1-В Підгрупа (25) з субклінічним протягом ВПЛ-інфекції. 2 група - склали жінки з клінічною формою папіломавірусною інфекцією, викликані аногенітальними бородавками (6,11 тип). Група 3 контрольна (25).

Результати В 1А-підгрупі, 2-й і 3-й групах всі результати цитологічного обстеження були віднесені до класу NILM (відсутність атипових змін). В 1-В у всіх вагітних цитологічні мазки були оцінені як атипові.

Нормальний біоценоз піхви переважав у обстежених вагітних 1А-підгрупи-72,4%; 3-й - 84%. 1-В Підгрупи та в 2-ї групи в 20% випадків.

Від матерів 1А підгрупи ВПЛ-інфікованими виявилися 24% дітей, в 2-й групі - 36% новонароджених. У 1-В: 31,6%, у жінок з нормальним біоценозом 4,7%.

Збільшення тривалості перебігу родового акту (>9 год) при вагінальних пологах підвищувало шанс перинатальної передачі ВПЛ новонародженому ($k=0,003$).

Одним з найбільш значущих чинників було збільшення тривалості безводного періоду, незалежно від методу розродження більше 6 годин ($k=0,75$).

Висновки. Основними факторами ризику, що впливають на передачу ВПЛ від інфікованої матері до новонародженого слід вважати наступні: 1) вірусне навантаження ВПЛ ВКР в генітальному тракті понад $3,9 \lg$ на 100 тис. епітеліальних клітин; 2) наявність плоскоклітинного внутрішньоепітеліального ураження; 3) порушення вагінального біоценозу; 4) зниження IgA в цервікальному слизу; 5) збільшення тривалості вагінальних пологів більше 9 год; 6) збільшення тривалості безводного періоду більше 6 год, незалежно від методу розродження.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ЗАТРИМКОЮ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Сміян С.А., к.мед.н., доц., Кузьменська М.Л., д.мед.н., проф., Маренцева Л.В., к.мед.н., Болотна Т.М., лікар ОКПЦ

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Плацентарна дисфункція є однією з найважливіших проблем сучасного акушерства яка призводить до патологічного перебігу вагітності зокрема затримки росту плода (ЗРП), яка сприяє високій перинатальній захворюваності та смертності. В Україні частота ЗРП досягає 26% серед доношених та 47% серед недоношених новонароджених. У країнах Європи - коливається від 6,5% до 20% (за даними ВООЗ).

Факторами ризику ЗРП є медичні та соціально-економічні. Серед останніх недостатнє або незбалансоване за якісним складом харчування. З приводу цього увага всесвітньої медичної науки і практики привернута до поліненасичених жирних кислот (ПНЖК), які не синтезуються в організмі людини і повинні поступати ззовні щодня і у достатній кількості. Серед ПНЖК інтерес викликають Омега-3, а саме ейкозапентаєнова та докозагексаєнова кислоти. Вони попереджають пошкодження ендотелію і розвиток ендотеліальної дисфункції, покращують реологічні властивості крові і мікроциркуляцію, ліпідний спектр крові і основні види метаболізму, попереджають розвиток цілого ряду ускладнень вагітності.

Нами використовувалася дієтична добавка, до складу якої входить 300 мг ПНЖК та 12 мг вітаміну Е – «Омегамі Дбайлива матуся Базис», згідно рекомендацій Європейської Асоціації Перинатальної Медицини, результатів дослідження, які були проведені на кафедрі акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету.

В дослідження (2016-2017 рр.) були включені 12 вагітних жінок віком $25 \pm 0,5$ років з ПД та ЗРП в терміні вагітності від 24 до 28 тижнів. За результатами УЗД у всіх було виявлено маловоддя. Досліджені вагітні були розподілені на 2 групи: перша включала 7 жінок, яким у